



کمیته تحقیقات دانشجویی
دانشکده بهداشت



بسم الله الرحمن الرحيم

بررسی شیوع و علل همسرآزاری و ارتباط آن
با سلامت روان در زنان مراجعه کننده به مراکز
بهداشتی درمانی شهر قزوین

ارائه دهنده: **فهمیه آقاجانی**
همکاران: **دکتر عیسی محمدی زیدی***، **دکتر هادی مرشدی**
گروه بهداشت عمومی
دانشکده بهداشت

رئوس مطالب

مقدمه و بیان مسئله

- ❑ تعریف خشونت خانگی
- ❑ اپیدمیولوژی خشونت خانگی
- ❑ خشونت علیه زنان و شیوع آن
- ❑ علل خشونت علیه زنان
- ❑ پیامدهای خشونت علیه زنان

مواد و روش کار

- ❑ نوع مطالعه
- ❑ جامعه پژوهش و روش نمونه گیری و معیارهای ورود و خروج
- ❑ ابزار گردآوری داده ها و روش جمع آوری اطلاعات
- ❑ ملاحظات مطالعه
- ❑ آنالیز آماری

یافته ها

بحث و نتیجه گیری منابع

مقدمه

تعریف خشونت: منظور از خشونت در این مطالعه رفتاری است که به قصد ونیت آشکار و یا پنهان برای وارد کردن آسیب فیزیکی ، روانی ، اجتماعی به فرد دیگر صورت می گیرد.

خشونت خانگی علیه زنان همواره از تمام کشورها و جوامع اقتصادی و اجتماعی گزارش می شود ولی دستیابی به آمار و اطلاعات آن بسیار مشکل است، چرا که زنان در بسیاری از فرهنگ ها دارای جایگاه ضعیف اقتصادی و اجتماعی بوده و به همین علت اغلب خشونت علیه آنان به ویژه در محیط خانواده شناسایی نشده و در بعضی موارد حتی به گونه ای مشروع توجیه می شود.

انواع خشونت مردان علیه زنان:

خشونت فیزیکی و بدنی (یعنی آسیب رساندن به اعضای بدن با کتک ، ضرب و جرح با استفاده از دست یا ابزار دیگر، صدمه زدن به وسایل منزل)
 خشونت روانی و کلامی (تهدید ، تحقیر ، تمسخر چهره، سرزنش کلامی ، فحاشی، ابراز تنفر نسبت به بستگان وی)
 خشونت اقتصادی مانند پرداختن خرجی
 خشونت اجتماعی (کنترل رفتارهای زن، در انزوای اجتماعی قرار دادن، منع اشتغال و تحصیل، ممنوعیت ارتباط با دیگران)
 خشونت جنسی (تحمیل نسبت به همسر و در معرض فحشا و فساد قرار دادن وی به خاطر اعتیاد)

پیامدهای خشونت علیه زنان:

- ❑ اعمال خشونت علیه زنان آثار مخربی بر جسم و روان آنها بر جای می گذارد.
- ❑ میگرد، سر درد های مکرر، سوء هاضمه، انقباضات روده ای، مشکلات قاعدگی شدید، عفونت های ادراری، دردهای لگنی، مشکلات های قلبی و ...
- ❑ احساس خودکم بینی و حقارت، افسردگی شدید، تشویش، ترس و هراس، عزت نفس پایین
- ❑ خودکشی یا تفکرات دائمی درباره آن

مقدمه

اپیدمیولوژی خشونت علیه زنان در جهان:

- ۲۱ تا ۳۰ درصد زنان در آمریکا حداقل یک بار در طول زندگی مشترک مورد هجوم و آزار جسمی قرار گرفته اند.
- ۴۱ درصد زنان هند بر اثر آزار جسمی همسران خود دست به خودکشی می زنند.

اپیدمیولوژی خشونت علیه زنان در ایران:

- ۵۳ درصد از کل پاسخگویان در پژوهش ملی بررسی خشونت خانگی دقیقاً اعلام کرده اند که از اول زندگی مشترک تا کنون قربانی این نوع خشونت که شامل به کاربردن کلمات رکیک ، دشنام و داد و فریاد، بهانه گیری های پی در پی بوده اند (اعزازی و همکاران)
- در مطالعه بزمی و همکاران، ۳۸ درصد از زنان ایرانی از اول زندگی مشترک خود خشونت فیزیکی را تجربه کرده اند که شامل سیلی زدن زدن با مشت یا چیز دیگر، لگزدن و... است
- ۷۲ درصد از نمونه ها در مطالعه معزی و همکاران اظهار کرده اند که از اول زندگی مشترک در معرض خشونت های اجتماعی بودند.
- بنابراین نتایج پژوهش بررسی خشونت خانگی در ۲۸ مرکز استان نشان می دهد که وقوع خشونتهای جنسی و ناموسی در سطح ملی در مقایسه با خشونتهای دیگر کمتر گزارش شده است.

اهداف

هدف کلی:

□ تعیین میزان شیوع و علل تاثیرگذار بر همسرآزاری و ارتباط آن با سلامت روان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین در سال ۱۳۹۵

اهداف اختصاصی:

- تعیین میزان شیوع همسرآزاری در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین در سال ۱۳۹۵
- تعیین علل موثر بر شیوع همسرآزاری در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین در سال ۱۳۹۵
- تعیین ارتباط بین عوامل دموگرافیک با شیوع همسرآزاری در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین در سال ۱۳۹۵
- تعیین ارتباط بین همسرآزاری با سلامت روان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین در سال ۱۳۹۵

روش کار

نوع پژوهش: مطالعه مذکور از نوع توصیفی-تحلیلی به روش مقطعی است که در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۵ در شهر قزوین انجام شد.

جامعه پژوهش و روش نمونه گیری: با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و مستمر و از بین کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین که سابقه خشونت خانگی بر علیه خود را گزارش می کردند و به طور داوطلبانه تمایل داشتند در پژوهش شرکت کنند، ۲۴۴ نفر انتخاب شدند.

□ نمونه گیری به روش متوالی آسان تا زمان تامین حجم نمونه از بین ۴ مرکز بهداشتی درمانی شهر قزوین انجام گرفت.

□ پس از جلب همکاری نمونه ها و با توضیح و شفاف سازی درباره اهداف مطالعه و با اعتماد سازی درباره محرمانه بودن اطلاعات و حفظ اسرار، پرسشنامه ها با استفاده از روش مصاحبه در مدت زمان ۳۵ دقیقه تکمیل شد.

□ به منظور تشویق برای مشارکت و اطمینان از پاسخگویی دقیق و با حوصله و صادقانه به سوالات ابتدا از نمونه مورد نظر زمان های مورد نظر وی برای پاسخگویی به سوالات استعلام شد و سپس با هماهنگی قبلی در زمان مقرر به مرکز بهداشتی مراجعه و اطلاعات گردآوری شد.

□ ضمناً به منظور قدردانی از مشارکت به تمام نمونه ها یک سالنامه، یک عدد روان نویس و یک کتاب آموزش تغذیه و رژیم درمانی داده شد.

روش کار

ابزار بکار رفته در پژوهش عبارت است از:

الف) اطلاعات جمعیت شناختی و دموگرافیک شامل سن، سال ازدواج، شغل همسر، تحصیلات خود و همسر، وضعیت اقتصادی، ...
ب) سوالات مرتبط با علل همسرآزاری شامل ۱۶ آیتم با پاسخهای چند گزینه ای. این پرسشنامه توسط رضوانی و همکاران ساخته شده و روایی و پایایی آن بر اساس روشهای آنالیز عاملی، و با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ، آزمون بازآزمون در فاصله ۲ هفته ای، و شاخص روایی محتوا مورد تایید قرار گرفته است.

ج) مقیاس ارزیابی اختلالات روانی خلاصه شده ۲۸ سوالی که حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، وسواس جبری و روان پریشی را که میزان شدت نشانه ها و شکایات معمولی روانی را می سنجد. پاسخهای ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه ای از میزان ناراحتی (از هیچ تا شدید) مشخص می گردد. این پرسشنامه مرتبط با هانتر و همکاران بوده که توسط اعظمی و همکاران به فارسی برگردان و بومی سازی شده و اعتبار و اعتماد آن با روشهای معتبر روانسنجی تایید شده است. (آلفای کرونباخ = ۰/۸۶ ، ضریب آزمون باز آزمون = ۰/۹۳)

فرایند گردآوری داده: پرسشگری توسط یک پرسشگر مجرب و آموزش دیده و به صورت مصاحبه چهره به چهره با نمونه ها انجام گرفت و جهت رعایت اصول اخلاق پزشکی تمایل افراد به شرکت در مطالعه در نظر گرفته شده و از قید نام و نشانی افراد خودداری گردید.

آنالیز آماری: از طریق نرم افزار SPSS 19 و با استفاده از روشهای آمار توصیفی، آزمون t، مجذور کای و تحلیل واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل گردید. سطح معنی دار بودن آزمونها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی: ۳۲/۵ سال (با انحراف معیار ۱۰/۷ سال) با دامنه سنی ۵۴- ۱۷ سال

میانگین سن زمان ازدواج: ۱۵/۳ سال

سطح تحصیلات زن: ۵٪ بی سواد، ۱۶٪ ابتدایی، و ۲۰٪ راهنمایی، ۳۷٪ دبیرستان و دیپلم، ۲۲ درصد دانشگاهی.

تحصیلات همسر: ۹٪ بیسواد، ۲۳٪ ابتدایی، ۲۲٪ راهنمایی، ۳۴٪ دبیرستان، ۱۲٪ دانشگاهی

شغل زنان: ۷۲٪ خانه دار و ۲۸٪ شاغل

شغل همسر: بیکار (۱۱٪)، کشاورز (۱۳٪)، آزاد (۶۳٪)، نظامی (۶٪)، کارمند (۷٪).

سابقه مراجعه به پزشکی قانونی به دلیل همسر آزاری: ۲۷ درصد پاسخ مثبت - ۷۳ درصد مراجعه ای نداشتند

در خصوص این که آسیب منجر به بستری شده است یا خیر؟ ۱۲ درصد پاسخ مثبت - ۸۸ درصد پاسخ منفی

در مورد سابقه مصرف مواد مخدر توسط همسر؟ ۴۳ درصد پاسخ مثبت - ۵۷ درصد پاسخ منفی.

در مورد سابقه مصرف الکل توسط همسر؟ ۵۱ درصد پاسخ مثبت - ۴۹ درصد پاسخ منفی.

در مورد سابقه کیفری همسر؟ ۲۵ درصد پاسخ مثبت - ۷۰ درصد پاسخ منفی و ۵ درصد نمی دانم.

بین همسر آزاری با متغیرهای سابقه خشونت در خانواده، میزان درآمد ماهیانه، تحصیلات همسر، اختلاف سنی، سابقه محکومیت کیفری، سابقه اختلالات روانی همسر، سابقه اعتیاد و مصرف الکل، پایبندی مذهبی، و داشتن همسر دوم ارتباط معنی داری وجود داشت

جدول یک: توزیع فراوانی علل خشونت از دیدگاه زنان مورد بررسی

علت	درصد
اعتیاد زن	۲/۲٪
اعتیاد همسر	۸/۲٪
وضعیت اقتصادی	۲۶/۶٪
نامناسب بودن شغل	۷/۵٪
بیکاری همسر	۱۵/۷٪
نداشتن فرزند	۳/۰٪
داشتن فرزند از یک جنس	۱/۴٪
وجود اختلاف طبقاتی	۳/۷٪
دخالت سایرین	۶/۹٪
بیماری روانی در زن	۱/۳٪
بیماری روانی همسر	۲/۷٪
بیماری جسمی در زن	۳/۳٪
بیماری جسمی در همسر	۶/۶٪
داشتن سوء ظن	۷/۸٪
نارضایتی در ارتباط جنسی	۲/۱٪

یافته ها

جدول ۳: بررسی شیوع و ارتباط اختلالات ۹ گانه روانی با همسرآزاری در زنان شرکت کننده در پژوهش

ردیف	ابعاد آزمون	درصد مبتلا	Pvalue
۱	شکایت جسمانی	۲۳	۰/۴۳
۲	وسواس اجباری	۱۸	۰/۲۲
۳	حساسیت در روابط متقابل	۳۳	۰/۳۱
۴	افسردگی *	۱۷۷	۰/۰۰۲
۵	اضطراب *	۱۵۲	۰/۰۰۴
۶	پرخاشگری *	۱۳۴	۰/۰۱۱
۷	ترس مرضی	۱۰	۰/۶۴
۸	افکار پارانویدی *	۳۱	۰/۰۰۵
۹	روان پریشی	۲۹	۰/۵۶

بحث و نتیجه گیری

مطابق نتایج به دست آمده از این پژوهش، رابطه معکوسی میان سطح تحصیلات و شیوع همسرآزاری وجود دارد؛ یعنی هر چه میزان تحصیلات زن و مرد بالاتر باشد، زن کمتر قربانی خشونت خانگی قرار می گیرد و بالعکس. بختیاری و همکارانش نیز طی بررسی های موارد همسر آزاری در بابل نیز چنین نتیجه ای دست یافتند .

به نظر می رسد علت این امر به این دلیل است که هر چه تحصیلات زن بالاتر باشد آگاهی او از حقوقش بیشتر و به تبع وابستگی او به مرد کمتر بوده ، مطالبه او برای دستیابی به حقوقش نیز بیشتر است.

ازدواج در سن پایین می تواند یکی از عوامل جهت همسرآزاری باشد. مطالعه صابریان و همکاران نیز تأیید این نظریه است. به نظر آنان سن کم در هنگام ازدواج می تواند یک عامل مساعد برای اعمال خشونت خانگی باشد.

زنان خانه دار بیشتر از زنان شاغل مورد خشونت قرار می گیرند. راثورا و همکاران نیز به نتیجه مشابهی دست یافتند. به نظر می رسد دلیل این امر وابستگی کمتر زن به لحاظ اقتصادی به مرد باشد که سبب می شود او کمتر آزار و اذیت مرد را به دلیل از دست دادن حمایت اقتصادی همسرش بپذیرد. تحقیقات دیگری نیز مؤید همین نتیجه است.

شاید دلیل این امر تأیید نظری باشد که وجود فرزندان را باعث انسجام خانواده می داند و این که وجود فرزندان می تواند باعث شود که زوجین در زندگی از خود گذشت و انعطاف بیشتری نشان دهند. به نظر می رسد هر چه تعداد فرزندان بیشتر باشد موارد همسر آزاری کاهش می یابد. صابریان و همکاران نیز به این نتیجه دست یافتند.

نتیجه گیری

زنانی که همسران معتاد، زندانی یا دارای سابقه سوء کیفری دارند بیشتر کتک می خورند. در مطالعه قره باغی در سال ۱۳۹۰ مردانی که دست به آزار و خشونت همسرشان زده اند، غالباً متعلق به خانواده هایی هستند که در آن ها خشونت وجود داشته است.

غالباً این تصور وجود دارد که افزایش مدت زمان زندگی زناشویی موجب کاهش موارد همسر آزاری می گردد، اما نتایج این تحقیق و برخی تحقیقات دیگر نشان می دهد که این عامل نه تنها باعث کاهش آزار و اذیت مرد نشده است بلکه افزایش آن را نیز موجب می شود. شمس اسفند آباد و همکارانش در یک بررسی ضمن تأیید این نتیجه چنین بیان می کنند که: «... این امر می تواند ناشی از عدم رویارویی، ناتوانی در رویایی یا فراهم نبودن امکانات رویایی زنان با رفتار همسر آزاری شوهرانشان باشد که به مرور موجب تقویت و افزایش این رفتار در شوهران آن ها می شود.

نتیجه گیری

یافته ها نشان دهنده ارتباط معنی دار بین شیوع مشکلات روانی مانند افسردگی، اضطراب، افسردگی و پارانوئیا با شیوع همسرآزاری است. یافته های سایر مطالعات نیز موید ایجاد اختلالات روانی در زنان به دنبال مواجهه با خشونت های خانگی و همسر آزاری است.

در بررسی کومار و همکاران بر روی زنان مناطق شهری و روستایی هند مشاهده گردید که ۴۰ درصد از زنان دچار اختلال سلامت روان به دلیل همسر آزاری بوده و نیاز به مداخله درمانی داشتند.

در هر صورت نتایج این مطالعه تاییدی دیگر بر آسیب به سلامت روان زنان بر اثر خشونت بوده و نشانگر پیامدهای روانی همسر آزاری و خشونت علیه زنان است.

امروزه همسر آزاری در تمام نقاط جهان به چشم می خورد، لیکن به نظر می رسد آمار آن در کشورهای در حال توسعه و نیز کشورهایی که زنان با حقوق خود آشنایی کمتری دارند بالاتر باشد. با توجه به این که عوامل مختلف روانی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و محیطی نقشی اساسی در همسر آزاری ایفا می کنند برای کاهش موارد خشونت می بایست با عوامل مختلف زمینه ساز همسر آزاری مبارزه کرد. فرهنگ سازی مناسب، حمایت های قانونی-قضایی از زنان تحت آزار، آگاه ساختن زنان از حقوق خود، ایجاد مراکزی برای حمایت و پناه دادن به زنان قربانی و... می تواند از جمله راهکارهای مناسب برای کاهش این پدیده باشد.

- 1- احمدی بتول و همکاران، تأثیر خشونت‌های خانگی بر سلامت روان زنان متأهل در تهران، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دوره 4 شماره 2 تابستان 1385، صفحات: 44 - 35
- 2- بختیاری افسانه و دکتر امیدبخش نادیا. بررسی علل و آثار خشونت علیه زنان در خانواده در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی بابل، مجله پزشکی قانونی، سال نهم، شماره 31، سال 1382: 30 - 1 (1)
- 3- تحقیق ملی بررسی خشونت خانگی علیه زنان در مراکز 28 استان کشور، پروژه مشترک مرکز مشارکت زنان و معاونت اجتماعی وزارت کشور با همکاری وزارت علوم، 1375-1380 (2)
- 4- رفیعی فر شهرام و پارسی نیا سعید، کتاب خشونت علیه زنان، تألیف سازمان جهانی بهداشت 1380 (3)
- زنگی آبادی مهین و مرادی زهرا، بررسی فراوانی خشونت‌های خانگی علیه زنان و نگرش موجود در زنان مراجعه کننده به 5- مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان در سال 1383. پایان نامه دکترای پزشکی (4)
- 6- سیف ربیعی محمد علی و همکاران، همسر آزاری و علل زمینه ای آن پژوهش زنان 1381؛ (4) 5 - 25 پایان نامه (5)
- 7- ضرغامی م. و خلیلیان الف. (1381) بررسی علل خود سوزی زنان در استان مازندران. 28 (20): 119 - 115.
- 8- قهاری شهربانو و عاطف وحید محمد کاظم و یوسفی حمید. بررسی میزان همسر آزاری در دانشجویان دانشگاه آزاد تنکابن. سال 1382، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره پانزدهم، شماره 50 سال 1384 (6)
- 9- مرکز مطالعات و تحقیقات زنان و گزارش کارگاه خشونت علیه زنان و روش‌های پیشگیری و حمایت از قربانیان آن. معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. آبان 1379. (7)
- 10- موسسه بهبود زندگی زنان با همکاری دفتر امور مشارکت زنان - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بررسی همسر آزاری در مراجعین به کلانتری های منطقه 6 شهر تهران. (8)
- 11- میرزایی حمید. شفیع فرح. واقف داوودی فرزاد. شهیدی شهاب. (1379) بررسی توزیع فراوانی انواع همسر آزاری در شهر اصفهان در سال 79 - 78. نشریه انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران، بهداشت خانواده، سال پنجم، شماره نوزدهم، صفحه 34 - 28.
- 12 Buka S.L, Stichick T.L, Birdthistle I, Earls F.J. Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences. American Journal of Orthopsychiatry. 2001; 71(3): 298-310. (9)
- 13- Bradley C. (1990) Why male violence against women is a development issue : reflections from papua new guinea. Occasional paper . United Nations Fund for womens (UNIFEM), New Yourk.
- 14- Brita Fernandez Schmidt , Amelia nice . challenging gender – based violence . scxual Health Exchange . 2002/3 . (10)
- 15- Cambell J, Kub J.E, Rose L. Depression in battered women. Journal of American Medical Womens Associations, 1996; 51(3): 106-170. (11)
- 16- Coker Al , Betheal , smith ph , et al . missed opportunities : intimate partner violense In family practice settings . Amj preVmed 2002 ; 34 : 445 – 54 . (12)
- 17- Fabricius S, Brink O, Charles A.V. Domestic violence. Ugeskr Laeger, 1998; 13, 160(29): 4319- 23. (13)
- 18- Fischbach R.L. and Herbert B. (1997) domestic violance and mental health : Correlates and conundrums within and Across Cultures. Sic . Sci. Med . 45 (8): 1161 – 1176.
- 19- Gleason W.J. Mental disorders in battered women: An empirical study. Violence Victim, 1993; 8(1): 53-68. (14)
- 20- Junson B, Junson C. The domestiv violence: In: Murry J, Apgar B, editors. Women's health care handbook. 2 nd ed. 2000, PP. 92-101. (15)

kilpatric D. (1987)Mental health correlates of criminal victimization: a random community survey . journal of consulting and clinical psychology . 53 : 866 – 873.

22- Kim J . motsei m . women enjoy punishment : Attitudes and Experiences of gender based violence Among PHC Nurses In Rural south Africa . social science And medicine J 2002 ; 54 : 1243 – 54 . (16)

23- Martin M . Abraham AG. Attitude Toward violence against woman . sex Rrols 2003 oct : 2 – 4 . (17)

24- Matka E . Domestic violence In nsw . nsw 1991 march ; 12 : 325 – 340 . (18)

25- Mcwhirter P.Domestic violence in Chile.American psychologist,1999; 54(1): 37-40. (19)

26- Richardson J ,coid J, petruckevitch A, et al . Iden Tifying domestic violence : cross sectional study In primary care . Bmj 2002 : 247 – 8 . (20)

27- Odujinrin O. Wife battering in Nigeria.International Journal of GynaecologyObstet, 1995; 41(2): 159-64. (21)

28- Price S, Baird K. Domestic violence in pregnancy the practicing. Midwife 1999; 4 (7):12-14. (22)

29- Richardson J,Petruckevitch A, Chung W,Moorey S, elder G. Identifying domesticviolence:Cross sectional study in primary care. British Medical Journal, 2002; 324: 244. (23)

30- Scobie J, McGuire. The silent enemy: Domestic violence in pregnancy. Brit J Midwifery 1999;7(4):259-62. (24)

31- Sackett L.A, Saunders D.G. The impact of different forms psychological abuse on battered women. Violence Victim,1999; 14(1): 105-117. (25)

32- WHO (2002) Multi – country study on Womens Health and Domestic violence against Women. Department of Gender and Womens Health family and community Health. Geneve.